

令和3年度第1回山口県かかりつけ医等発達障害対応力向上研修開催要項

1 目的

発達障害の早期発見・早期支援の重要性に鑑み、発達障害児者が日頃から受診する診療所等の医師を対象に国立精神・神経医療研究センターが実施する研修内容を踏まえた研修を実施し、地域の医師の診療技術の向上を図り、発達障害児者が身近な地域で医療的支援を受けやすくすることを目的とする。

2 主催等

主催：山口県、山口県発達障害者支援センター

協力：山口県医師会、山口県小児科医会

3 開催日時及び会場

日時：令和3年10月3日（日）9：30～12：00（受付9：00～）

会場：山口県セミナーパーク講堂（山口市秋穂二島1062）

4 対象者

県内の医療機関等に勤務する（開業を含む）医師（診療科目を問わない）

5 研修プログラム

時刻	内容	講師・登壇者
9:00	受付	
9:30	開会 主催者あいさつ	
9:35	第1部 講義 山口県の発達障害者支援について	山口県障害者支援課
9:50	発達障害の診断・治療と支援の実際	伊住 浩史 先生 (鼓ヶ浦こども医療福祉センター小児科部長)
11:00	(休憩)	
11:10	第2部 トークセッション (テーマ) かかりつけ医の先生に ～明日から役に立つ発達障害診療術～	林 隆 先生 (医療法人テレサ会西川医院 発達診療部長・ 発達障害研究センター長) 門屋 亮 先生 (山口赤十字病院第2小児科部長) 鮎川 浩志 先生 (あゆかわこどもクリニック院長) 伊住 浩史 先生 (鼓ヶ浦こども医療福祉センター小児科部長)
12:00	閉会	

6 受講料 無 料

7 定 員 150名 (先着順。定員に達し次第終了)

8 研修修了者の取扱い

(1) 修了証書及び取得単位

- ・ 研修受講者に対し、県が修了証書を交付します。
- ・ 「日本医師会生涯教育制度」2単位(CC6:1.0、CC72:1.0)及び「日本医師会かかりつけ医機能研修制度 応用研修」1単位の取得が可能です。

(2) 修了者名簿等の管理について

- ・ 山口県障害者支援課において研修修了者名簿(氏名、医療機関名、診療科、所在地及び電話番号)を作成の上、県内の発達障害児者の支援に資するよう県医師会及び県発達障害者支援センターで名簿を共有させていただきます。
- ・ 受講申込みに記載いただいた情報は、山口県障害者支援課で保管し「山口県個人情報保護条例」に基づき厳格に管理します。

9 申込み方法等

(1) 申込み方法

やまぐち電子申請サービスのページ(下記アドレス)又は右のQRコードから申込みフォームにアクセスし、必要事項を入力してください。

<https://shinsei.pref.yamaguchi.lg.jp/dsLgJFbw>



(2) 申込期限 令和3年9月21日(火)

受付完了メールをもって受講決定とします(定員を超えた場合のみ、別途ご連絡します)。

10 注意事項

(1) 新型コロナウイルス感染症対策

- ・ 会場収容定員300名のところ、150名の募集としています。
- ・ 受講者には、事前の検温や会場内でのマスク着用、手指消毒等にご協力をお願いします。
- ・ 当日受付時に健康チェックシートの提出をお願いします。

(2) 新型コロナウイルス感染症の拡大状況等により、やむを得ず中止する場合があります。

中止の場合は、山口県障害者支援課及び山口県発達障害者支援センターホームページに掲載するとともに申込み者に速やかに連絡します

11 問い合わせ先

(1) 研修に関するお問い合わせ

山口県障害者支援課在宅福祉推進班 担当：金子

TEL：083-933-2764 FAX：083-933-2769

メール a14100@pref.yamaguchi.lg.jp

(2) 発達障害に関する相談支援

山口県発達障害者支援センター

TEL：083-902-2680 FAX：083-902-2682

メール：ypc-5012@gaea.ocn.ne.jp

当日ご記入の上、受付に提出してください。

健康チェックシート

(令和3年度第1回山口県かかりつけ医等発達障害対応力向上研修)

新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、受講者の健康管理対策のため、「健康チェックシート」へのご記入に御理解と御協力をお願いします。

山口県健康福祉部障害者支援課

現在の健康状況についてお伺いします。
いずれかを選択してください。

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 本日の発熱 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| | (°C) | |
| 2 咳や喉の痛みなどの症状 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 3 体のだるさや倦怠感 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 4 14日以内の海外渡航歴 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| 5 新型コロナウイルスの感染が疑われる方との濃厚接触 | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |

令和3年 月 日

氏 名 _____

住 所 _____

連絡先電話番号 _____

(個人情報の取扱い)

この健康チェックシートは、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策として、受講者の健康状態等を確認するために使用し、その他の目的では使用しません。また、個人情報については、山口県個人情報保護条例に基づき適切に管理します。